



Para uso de la Agencia	
Request date _____	(Application date)
Date mailed _____	
Agency Rep _____	

Para proteger la fecha de su solicitud, debe devolverla a más tardar el _____.
(Para uso de la Agencia)

¿Qué idioma **habla** mejor? Inglés Español Vietnamés Otros (especificar) _____
¿Qué idioma **escribe** mejor? Inglés Español Vietnamés Otros (especificar) _____

Si usted no habla inglés, le proveemos los servicios de un intérprete, sin costo alguno. Si necesita ayuda para llenar este formulario, llame a su oficina local Medicaid, o al 1+888+544-7996, la llamada es gratis. Si tiene problemas para oír, llame al número TTY 1+800+220-5404.

Esta solicitud es para obtener cobertura de salud para personas que tienen **incapacidades** y que **trabajan**, que están en la edad de 16 años o mayores pero que todavía no tienen 65. Si necesita Medicaid para alguien más, marque (✓) aquí . Le enviaremos información de cómo aplicar para otras coberturas Medicaid. Por favor conteste todas las preguntas. Si alguna respuesta es ninguna ó 0, escriba "ninguna". Si necesita mas espacio, use una hoja separada.

1. Díganos quién es USTED, dónde vive, y dónde recibe su correo:

Nombre _____ Condado _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____
Dirección de correo _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____
Teléfono en la casa () _____ Teléfono en el trabajo () _____

2. Díganos sobre usted y su cónyuge. Si solicita sólo para usted, no tiene que darnos el número de Seguro Social de su cónyuge. Si nos lo da, el número sólo será usado para verificar bienes. Usted no esta obligado a dar información sobre su raza; si lo hace, use los siguientes códigos: 1=Blanco; 2=Negro; 3=Indio Americano/Alaska; 4=Asiático; 5=Hispano/Latino; 6=Hawaiano/Isleño del Pacífico; 7=Hispano/Latino y otra raza; 8=Raza múltiple, No Hispana; 9=Desconocida

Primer nombre, inicial del segundo, apellido	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento			Sexo M/F	Raza	Ciudadano/ Residente		Residente de Louisiana		Parentesco con usted
		Mes	Día	Año			Sí	No	Sí	No	
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Solicitante
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cónyuge

3. Díganos sobre CADA trabajo o negocio que usted tiene. Muestre las cantidades del ingreso total antes de las deducciones, **no** del neto recibido. (Envíe copias de los cheques de pagos u otro comprobante de su ingreso del último mes. Si trabaja en su negocio propio, envíe copias de la más reciente declaración de impuestos con todos los comprobantes. Si no tiene declaración de impuestos, envíe otro comprobante)

Nombre, dirección y teléfono de su empleador, o Información del negocio propio	Cantidad pagada	Frecuencia de los pagos	Horas que trabaja por semana
	\$		
	\$		

4. ¿Recibe usted algún otro dinero como los que se mencionan a continuación? Sí No
 * Seguro Social * Desempleo * Dinero de amigos o parientes
 * Retiro/Pensión/Añualidad * Compensación para obreros * **Algún** otro no mencionado
 * Beneficios para Veteranos * Interés/Dividendos/Regalías

(Indique **todo** el dinero que usted recibe y envíe comprobantes. Usted **no** tiene que enviar comprobantes de ingresos del Seguro Social o por Desempleo)

Clase de Ingreso	Nombre, dirección y teléfono de la fuente de ingreso	¿Cuánto recibe?	¿Con qué frecuencia?
		\$	
		\$	

¿Alguna vez ha solicitado dinero de estas fuentes? Sí No Si ha solicitado ¿Dónde? _____

5. ¿Tiene usted Medicare u otro seguro médico? Sí No Si tiene, conteste las siguientes preguntas. (Envíe comprobantes de la cobertura y de los pagos)

Nombre, dirección y teléfono de la compañía de seguros	Número de grupo/póliza	Costo mensual	Cobertura :		
			hospital	doctor	ambulancia
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Puede usted obtener seguro de salud a través de su empleador? Sí No

6. ¿Tiene usted, o tiene en común con su cónyuge, algún bien o recurso como los que se listan a continuación? Sí No Si tiene, dénos la siguiente información. (Envíe comprobante de posesión y del valor)

Bien/Recurso	Nombre, dirección y teléfono de la compañía Número de cuenta; y/o descripción	Valor	Cantidad que se debe
Cuentas de cheques/ahorros(tipo)		\$	
Certificados de Depósito		\$	
Cuentas de Retiro		\$	
Anualidades/Fideicomiso		\$	
Acciones/bonos		\$	
Vehículos (si tiene más de uno)		\$	\$
Propiedad, además de su casa		\$	\$
Otro (por favor especificar)		\$	\$

7. ¿Alguna vez ha solicitado usted beneficios del Seguro Social por Incapacidad o Ingreso Suplementario de Seguridad? Sí No Si lo ha solicitado ¿Cuándo? _____ ¿Le han contestado? Sí No Si ya le contestaron, ¿Cuál fue la decisión? _____

8. ¿Qué incapacidad tiene usted? _____
 _____ Díganos sobre los doctores y proveedores médicos que lo atienden:

Nombre del proveedor(es)	Dirección y teléfono del proveedor médico

9. ¿Cómo supo del Medicaid Purchase Plan? _____

Derechos y Responsabilidades

- ❖ Declaro que soy ciudadano de los E. U., o que estoy legal en este país.
- ❖ La información que doy en esta solicitud es verdadera y correcta según mi mejor conocimiento. Me doy cuenta que, si sabiendo doy información que no es verdadera o que es incompleta, puedo obtener beneficios para los cuales no soy elegible. Si esto sucede, puedo ser penado legalmente por fraude. También puedo ser obligado a pagar a Medicaid todos los servicios médicos que se me han pagado sin ser elegible.
- ❖ Entiendo que la información que doy sobre mi situación será verificada. Estoy de acuerdo en ayudar a que se haga y a que Medicaid obtenga la información que necesita de agencias de gobierno, empleadores, proveedores médicos y de otras fuentes. Si me rehúso a colaborar en este proceso, o en posteriores revisiones hechas por cambios reportados, o como parte de una revisión de Elegibilidad del Receptor, significa que no puedo recibir Medicaid hasta que colabore.
- ❖ Sé que los números de Seguro Social sólo serán usados para obtener información de otras agencias de gobierno para comprobar mi elegibilidad.
- ❖ Estoy de acuerdo en informar a Medicaid dentro de los primeros 10 días si: 1) Me muevo para otro estado; 2) cambio el lugar donde vivo o recibo el correo; 3) hay cambios en la cobertura de otro seguro de salud; 4) hay cambios en la situación de mi trabajo
- ❖ Al aceptar Medicaid, estoy de acuerdo en que todos los pagos que reciba de otras fuentes, serán enviados al Departamento de Salud y Hospitales por servicios que Medicaid haya cubierto.
- ❖ Puedo solicitar una Audiencia si creo que la decisión tomada en mi caso es injusta, incorrecta o tardada.
- ❖ Medicaid no puede tratarme diferente por razones de raza, color, sexo, edad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si creo que lo han hecho, puedo llamar a la Oficina Regional para los Derechos Civiles del DHH en Dallas, TX al 1+800+368-1019 o escribir a: Louisiana's Department of Health & Hospitals, Human Resources, P. O. Box 1349 Baton Rouge, LA 70821-1349.

 Firma del Solicitante o Representante Autorizado

 Fecha

 Firma del Representante de la Agencia, si es aplicable

 Fecha